

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
POLICLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE - PROFESSEUR Dr AMÉDÉE PUGNAT

LES
OTITES LATENTES
DES NOURRISSONS

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Vladimir Béroff
(Bulgarie)

GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1927

Thèse N° 1220

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
POLICLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE - PROFESSEUR D^r AMÉDÉE PUGNAT

LES
OTITES LATENTES
DES NOURRISSONS

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Vladimir Béroff
(Bulgarie)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1927

Thèse N° 1220

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Prof. A. PUGNAT, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 2 Mai 1927.

Le Doyen :

Dr M. ROCH.

A la mémoire de ma mère.

A mon père.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'adresser nos remerciements respectueux à Monsieur le Professeur Amédée PUGNAT, et d'exprimer notre gratitude à Monsieur le Docteur H. MANTCHIK, Privat-Docent à l'Université, pour les conseils qu'ils nous ont toujours donnés avec tant de bienveillance.

LES OTITES LATENTES DES NOURISSONS

La question de l'otite latente chez l'enfant, tout particulièrement chez le nourrisson, est actuellement à l'ordre du jour.

Les travaux de Robert RENDU, RENAUD, LEROUX-ROBERT, SARGNON, LE MEE, BLOCH et CAZEJUST, ont démontré la fréquence de ces otites qui ne se traduisent par aucun symptôme otoscopique. Ils ont indiqué en même temps un nouveau procédé de diagnostic qui rend grand service pour dépister les otites latentes.

Le problème de l'otite latente de la première enfance est en effet très important à résoudre car la découverte précoce de l'infection de l'oreille moyenne permet souvent de faire éviter aux malades une complication cérébrale redoutable.

L'otite latente est une collection purulente de la caisse qui ne se manifeste par aucun des signes fonctionnels habituels et dont seuls les signes physiques permettent le diagnostic. Elle est très fréquente.

Dans leur dernier rapport sur les otites latentes chez l'enfant au Congrès de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, LE MEE, André BLOCH et CAZEJUST ont montré que sur 183 enfants dont l'état fébrile ne pouvait être expliqué par l'examen général, un tiers environ était porteur d'une otite latente.

D'autre part les recherches anatomo-pathologiques faites systématiquement sur un grand nombre des cas d'enfants morts au cours d'états infectieux qui évoluaient soit rapidement soit lentement ont prouvé que la caisse et l'antre avaient des collections purulentes.

Au cours des affections à manifestations gastro-intestinales si fréquentes dans la première enfance où on ne songe guère à la présence possible d'une otite on a constaté à l'autopsie qu'il s'agissait souvent non seulement des affections purulentes de la caisse mais aussi de ses annexes.

On comprend dans ces conditions que la collaboration systématique de l'auriste et du pédiatre est d'une importance capitale pour le diagnostic précoce et par conséquent pour le traitement précoce de l'affection auriculaire.

Malheureusement un grand nombre d'otites de la première enfance présente des difficultés énormes pour leur diagnostic qui cette fois-ci ne se présente guère comme d'habitude « au bout du spéculum » de l'auriste.

Si l'on songe cependant d'une façon systématique on pourra sûrement arriver à établir son diagnostic en se basant sur toute une série de nuances de symptômes et surtout grâce à un procédé nouveau indiqué par RENAUD et auquel nous venons de faire allusion.

PATHOGENIE

C'est entre le sixième et le douzième mois que l'on observe le plus grand nombre de cas de l'otite latente. Des raisons anatomiques expliquent sa fréquence à cet âge. En effet chez le nourrisson la caisse, la trompe, l'antre et l'aditus ne constituent qu'une seule vaste cavité légèrement rétrécie par endroits. Il est évident dans ces conditions qu'une infection du nez, de l'arrière nez ou de la gorge trouve une porte ouverte et envahit facilement la caisse et ses annexes.

Le décubitus dorsal favorise la stagnation des mucosités purulentes sur les orifices des trompes dont la muqueuse réagit en se tuméfiant et diminuant le calibre de la trompe. Si la réaction est prononcée la trompe peut se fermer complètement en réalisant ainsi une cavité close. L'exaltation de la virulence microbienne qui en est la conséquence donne ou bien une *otite aiguë franche* qui se caractérise par un nombre de symptômes sur lesquels nous ne nous arrêterons pas, ou bien si la trompe n'est pas complètement obliitérée l'*otite latente* est réalisée.

Il n'y a ici ni de la douleur vive ni des symptômes otoscopiques mais par contre l'élaboration des toxines peut créer une déchéance de l'organisme si l'on intervient pas à temps pour enrayer la cause morbide.

Mais ce mécanisme de l'otite latente, ou la béance de la trompe d'Eustaché joue le rôle prépondérant n'est pas le seul. Il y a des cas, il est vrai très rares, où la voie sanguine et la voie lymphatique peuvent être incriminées.

SYMPTOMES

Il est impossible de décrire des symptômes précis ou des signes fonctionnels définis car il n'en existe point dans l'otite latente. S'il en avait, l'otite cesserait d'être latente.

Cependant quelques symptômes sans être pathognomoniques peuvent cependant avoir leur importance en indiquant la présence possible d'une otite latente. VAUCHER a cité la douleur provoquée par la pression sur le tragus. HALLE a attiré l'attention sur les changements brusques de coloration de la face. Ces deux symptômes ne sont cependant pas constants.

Beaucoup plus importants sont les troubles digestifs : diarrhée, vomissement, perte de poids. Si ces symptômes digestifs ne disparaissent pas sous l'influence du régime, d'autant plus s'il se manifeste une légère augmentation de la température, l'attention doit être attirée du côté de l'oreille. Dans tous ces cas un examen otoscopique s'impose.

L'état général peut également être touché. La température peut monter jusqu'à 40°, température qui cède à la paracétèse ce qui prouve qu'elle est bien d'origine otique.

La défervescence de l'otite latente est cependant beaucoup plus lente que celle de l'otite aiguë franche. Le facies du petit malade montre une intoxication. L'enfant est crispé, angoissé, le teint pâle, les yeux cernés. Il est abattu au lieu d'être agité comme c'est le cas dans l'otite aiguë franche.

L'amaigrissement est un des symptômes des plus importants. En présence de ce symptôme constant dont on ne peut pas expliquer la cause par un examen général on doit toujours songer à la présence possible d'une otite latente.

Mais les plus fréquents des symptômes sont les troubles digestifs : l'anoxerie, les vomissements, la diarrhée. Ils disparaissent si l'otite est convenablement traitée.

Les convulsions surtout oculaires mais aussi des membres surviennent parfois au cours d'une otite latente.

Les cris occasionnés par la douleur, surtout si on couche l'enfant sur un côté plutôt que sur l'autre sont également importants à retenir. Le grincement des dents, l'insomnie, le geste de la main vers l'oreille, le mouvement continu de la tête sont autant de symptômes qui ne doivent pas échapper.

Dans certains cas le nourrisson refuse de prendre le sein du côté de son otite. PINS a décrit ce symptôme sous le nom de signe de la succion contro-latérale.

SIGNES PHYSIQUES EXTRA-TYMPANIQUES

—

Trois signes extra-tympaniques mettent souvent sur la voie, quand ils existent.

1^o Signe de Roberston, c'est la chaleur plus marquée à la palpitation de la mastoïde correspondant à la caisse malade.

2^o Adenopathies carotidiennes haut situées en l'absence de tout autre adenopathie cervicale et qui se traduit par une douleur rétro-angulo maxillaire.

3^o Signe de Kishi, l'hypertrophie de la rate et du foie.

SIGNES PHYSIQUES TYMPANIQUES

—

Malgré l'absence des grands symptômes qu'on trouve dans l'otite aiguë franche, l'otite peut cependant occasionner certaines modifications de l'image otoscopique normale.

Le triangle lumineux disparaît ainsi que l'aspect normal brillant de la membrane tympanique qui est dans l'otite latente d'un teint mat et terne (signe de LEROUX-ROBERT).

FORMES CLINIQUES

LE MEE, André BLOCH, CRZEJUST dans leur rapport au Congrès de la Société Française de Laryngologie de 1926 décrivent un certain nombre de formes cliniques de l'otite latente qui varient d'après l'âge, le terrain, etc.

La forme fébrile ou le seul symptôme est la température persistante inexplicable rebelle à tout traitement; la forme à prédominance de signes digestifs, qui est souvent la cause d'un grand nombre des cas de l'atrésie du nourrisson; la forme à prédominance des signes généraux et de l'amalgissement.

On voit aussi une forme à prédominance des symptômes méningés, cette forme d'otite latente est du reste la plus connue et elle est assez fréquente. Nous en avons observé des cas tout à fait caractéristiques dans le service de Monsieur le Professeur Amédée PUGNAT.

On a également cité une forme à prédominance pulmonaire par infection des voies respiratoires à la faveur du pus venu soit du rhino-pharynx, soit même de la caisse du tympan.

COMPLICATIONS

La mastoïdite est la plus fréquente de ces complications, elle en est aussi une des plus graves. Les récents travaux ont démontré combien peut être dangereuse la trépanation mastoïdienne chez le nourrisson et combien les précautions dans le traitement sont nécessaires dans ces cas.

DIAGNOSTIC

Chaque fois qu'on se trouve en présence d'un état fébrile prolongé, irrégulier et inexplicable, on doit avoir recours

à un examen otoscopique. Les troubles digestifs qui persistent malgré un régime, les symptômes de méningisme, les états cachectiques, l'insomnie tout cela doit faire penser à la possibilité d'une otite latente.

Les petits signes otoscopiques sur lesquels nous nous sommes déjà arrêtés, tels que la coloration terne du tympan et l'absence du triangle lumineux sont une indication précieuse.

Mais le seul symptôme pathogonomique c'est la présence du pus dans la caisse, présence qui peut être démontrée par la ponction exploratrice.

Cette nouvelle méthode de diagnostic de l'otite latente est appelée à rendre de très grands services. En effet elle permet de faire à coup sûr le diagnostic de l'otite latente qui sans cette méthode serait impossible à être démontrée.

Il est vrai que la paracentèse exploratrice pourrait servir dans le même but si elle était toujours accompagnée d'une irruption du pus dans les conduits. Or cela n'arrive que très rarement dans les cas de l'otite latente. Le pus est souvent trop épais pour passer immédiatement à travers la ligne d'incision de la paracentèse et cette dernière est presque toujours accompagnée de quelques gouttelettes de sang ce qui ne prouve évidemment rien du tout. Le pus ne vient souvent que 24 ou 48 heures après la paracentèse. Mais qu'est ce qui nous prouve dans ce cas qu'il ne s'agit pas là d'une otite créée par la paracentèse elle même, qui a ouvert une porte d'entrée pour les microbes venant de l'extérieur ?

Etant donné l'importance de la ponction exploratrice pour le diagnostic de l'otite latente et puisqu'il s'agit d'une méthode récente nous nous permettons de décrire les détails de sa technique ainsi que ses avantages.

LA PONCTION ASPIRATRICE DU TYMPAN

Technique.

On commence par immobiliser le nourrisson, ce qui est parfois très difficile. On a recours de préférence à l'immobilisation manuelle. Il faut développer une certaine force la tête du nourrisson glissant dans les doigts. Après vérification du bon fonctionnement de la seringue on introduit un spéculum très fin dans le conduit auditif et on le nettoie au porte-coton, à la pince ou à la seringue. Le tympan étant complètement dégagé on enfonce l'aiguille de 2 à 3 millimètres dans le tympan, de préférence au niveau du quadrangle postéro-supérieur ou bien dans la voussure s'il en existe une. Dès que la résistance tympanique est vaincue par l'aiguille on commence l'aspiration. Un millimètre cube est largement suffisant pour un examen macroscopique, histologique et bactériologique.

On emploie la seringue à anneau munie d'une aiguille coudée. La seringue dont on se sert pour la résection sous-muqueuse ou pour le ganglion sphéno-palatin peut très bien servir pour la ponction aspiratrice du tympan. Cette petite intervention se fait toujours sous le contrôle du miroir de *Clar*, un simple miroir frontal étant insuffisant.

Si l'on retire du pus la ponction cèdera la place à la paracentèse.

Avantages.

Au point de vue diagnostique la ponction aspiratrice présente sur la paracentèse de nombreux avantages. Elle expose moins à une infection de l'oreille moyenne, si celle-ci est trouvée saine. Grâce à l'aspiration on peut retirer le pus le plus épais et le plus visqueux ce qui n'est pas toujours le cas pour la paracentèse. Par l'aspiration on peut prélever aseptiquement dans la caisse elle-même ce qui

permet de se rendre compte à coup sûr de la nature bactériologique du pus. Elle est plus facilement acceptée par la famille qu'une paracentèse et une fois la preuve de l'existence du pus fournie la famille accepte la paracentèse thérapeutique comme une nécessité évidente.

Traitement.

On commence par un traitement médical qui consiste en instillations auriculaires de glycérine boratée tiède, la glycérine phéniquée ne peut pas être recommandée, l'acide phénique étant caustique pour l'épiderme du nourrisson. La désinfection des fosses nasales est indispensable.

La paracentèse est indiquée chaque fois que la ponction aspiratrice donne un résultat positif. Si la paracentèse se montre insuffisante il faut pratiquer l'antrotomie comme traitement prophylactique le curetage des végétations adénoïdes et les instillations nasales d'antiseptiques faibles.

Bibliographie

1. Maurice RENAUD. — *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1921, N° 28, 29 et 30.
 2. Robert RENDU. — *Otite moyenne purulente latente du nourrisson*. (Communic. au X^{me} Congrès international d'otologie, Paris, juillet 1922).
 3. CHATIN et Robert RENDU. — *Fréquence et gravité des otites latentes chez le nourrisson*, d'après 19 observations. *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 décembre 1922, p. 727-737.
 4. Robert RENDU. — *Communication au X^{me} Congrès roumain d'Oto-Rhino-Laryngologie*. Bucarest, octobre 1923.
 5. Robert RENDU. — *Otite moyenne purulente latente du nourrisson*. X^{me} Congrès international d'Otologie, Paris, juillet 1922. *Annales des maladies de l'oreille*, avril 1923.
 6. Robert RENDU. — *De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite du nourrisson*. *Arch. internat. de Laryngologie*, mars 1924.
 9. Robert RENDU. — *Utilité et innocuité de la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite chez l'enfant*. (Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie. Congrès de 1925).
 8. SEIGNEURIN. — *La paracentèse très précoce du tympan sauvegarde de l'oreille moyenne et de ses annexes*. (Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie. Congrès de 1925).
 9. LOUIS GIRARD. — *Les otites latentes chez le nourrisson*. (Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie. Congrès de 1925).
-